

障

心身障害者医療費受給資格証 交付(更新)申請書

心身障害者医療費助成金支給申請書

受給者番号												個人番号												※宛名コード		
対象者	フリガナ											住所	樺原市													
	氏 名																									
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 生										1月1日 時点住所	1～7月の資格取得の場合は、前年、8～12月の資格取得の場合は当該年													
配偶者	フリガナ											住所	樺原市													
	氏 名																									
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 生										1月1日 時点住所	1～7月の資格取得の場合は、前年、8～12月の資格取得の場合は当該年													
	個人番号												続柄													
扶養義務者	フリガナ											住所	樺原市													
	氏 名																									
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 生										1月1日 時点住所	1～7月の資格取得の場合は、前年、8～12月の資格取得の場合は当該年													
	個人番号												続柄													
資格証交付申請事由 (異 動 事 由)												☐ 心身障がい者になったため ☐ 他の市町村から転入してきたため ☐ その他() ☐ 保険に新たに加入したため ☐ 生活保護の廃止 資格発生年月日 年 月 日														
加入医療保険		別紙のとおり																								
手帳	県・府				第 号				種 級 A1・A2・B1				交付日	年 月 日												
													変更日	年 月 日												
	障害種別	☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 平衡 ☐ 言語 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 体幹 ☐ 心臓 ☐ 腎臓 ☐ 呼吸 ☐ 膀胱 ☐ 直腸 ☐ 小腸 ☐ 免疫 ☐ 移動 ☐ 肝臓																								

上記のとおり心身障害者医療費受給資格証の交付及び未就学児以外の者の受療に係る心身障害者医療費助成金の支給を申請します。

なお、申請に伴い以下のことに同意します。

- ・心身障害者医療費助成制度の資格審査等のために必要な、所得等の情報を閲覧・使用すること。

・療養の給付に係る一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が被保険者証・福祉医療費受給資格証・診療報酬明細書の写しを徴すること、及びこれらのものを市長に提出すること。

・心身障害者医療費助成金の支給について、既に受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。

・現物給付とならない心身障害者医療費助成金については、下記の口座で受領すること。

・申請事項に変更が生じた場合は、速やかに届出を行うこと。

年 月 日

申請者住所

氏 名

電 話 番 号

【本人・夫・妻・父・母・自宅・その他（ ）

振込先 ☐ 新 規 ☐ 変更あり ☐ 変更なし	金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協								支 店 名	本店・支店 出張所
	口座番号	普通・当座								フリガナ	
											口座名義人

(委任状)

私（申請者）は下記の者を代理人と定め、心身障害者医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

代理人住所

(宛先) 氏名

樺原市長

- 注） 1 楷書ではっきり書いてください。
- 2 ※印の欄は記入しないでください。

担当者

国民健康保険高額療養費支給申請書（福祉医療受給世帯用）

		受給者番号	
国民健康保険証の記号・番号	奈5		
療養を受けた被保険者の氏名・ 生年月日	※レセプト記載のとおり		
傷病名	※レセプト記載のとおり		
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名称	※レセプト記載のとおり	
	所在地	※レセプト記載のとおり	
療養の期間	※レセプト記載のとおり		
療養に対し病院等で支払った額	※レセプト記載のとおり		
国民健康保険高額療養費(福祉医療費分)の支給の申請をします。また、上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領に関する権限を榎原市長に委任します。 なお申請と受領委任にあたり以下のことを確認し同意します。 - この申請書は福祉医療助成対象者に国民健康保険高額療養費が発生したときに、それを福祉医療費（福祉医療受給者でない方を含めて世帯合算のうえ算定を行った場合を含みます。）に充当する場合にのみ使用します。 - 福祉医療費助成金額の確認のため、福祉医療費自己負担額支払明細書の情報を使用することに同意します。 ※本書は福祉医療費助成の受給資格、または国民健康保険の資格を喪失するまで有効です。 年 月 日 榎原市長 殿 世帯主 住所 氏名			